



ФГБУ «Национальный Медицинский Исследовательский
Центр Радиологии» Минздрава России.
Медицинский Радиологический Научный Центр
им. А.Ф. Цыба. г. Обнинск

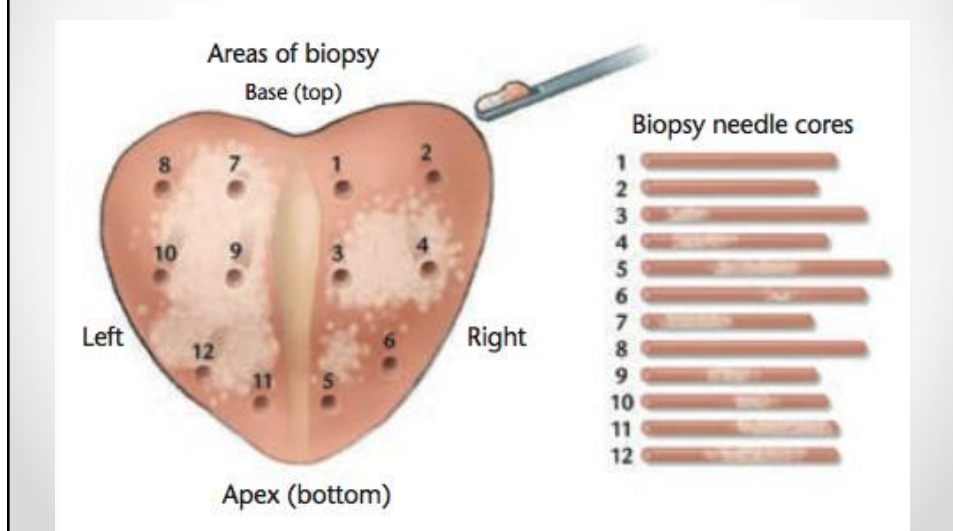
Значение морфологической диагностики в выборе тактики лечения рака предстательной железы. Взгляд клинициста

Бирюков В.А., Карякин О.Б.

г. Москва
29.09.2017.



РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ (EAU 2017) БИОПСИЯ



РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ (EAU 2017) БИОПСИЯ

Диагностика РПЖ основана на гистологическом исследовании.

К диагностическим критериям относятся признаки патогномичности рака, основные и второстепенные признаки, говорящие в пользу или против постановки диагноза. Диагностическая неопределенность разрешается путем внутриотделенческой или внешней (независимой) консультации.

Ultrasound probe

РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ (EAU 2017)

Prostate

БИОПСИЯ

Материал биопсии предстательной железы, который не содержит железистой ткани, является диагностически неадекватным.

Трансуретральная резекция предстательной железы не должна использоваться в качестве метода диагностики для выявления рака.

>50% аденокарциномы в одном биоптате является решающим критерием для начала лечения против активного наблюдения у пациентов с суммой баллов по Глиссону 6.

РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ (EAU 2017)

Prostate

БИОПСИЯ

Обязательные положения, которые должны быть отражены в гистологическом заключении биопсии предстательной железы:

- тип карциномы;
- первичный и вторичный / высший балл по шкале Глиссона;
- процентное содержание high-grade карциномы (в общем материале);
- степень выраженности карциномы (в мм или в процентах);
- если присутствуют: экстрапростатический рост, инвазия семенных пузырьков, лимфоваскулярная инвазия, внутрипротоковая карцинома/криброзный компонент, перинеуральная инвазия;
- оценка по ISUP 2014 (для общего материала).



Клинический пример

- Пациент Ш.Ю.М., 1960 г.р.
- Рак щитовидной железы pT3aN1M0. Комбинированное лечение 2005г. Ремиссия. Рак левой почки pT1bN0M0. Нефрэктомия 2006г.
- В 2015г. рост ПСА до 6,25 нг/мл; F/T=2%
- Биопсия простаты: фокус аденокарциномы Глисон 6 (3+3), в 1 из 16 биоптатах
- Диагноз: Рак предстательной железы cT1cN0M0
- Тактика лечения: активное наблюдение
- В 2017г. ПСА=3,6нг/мл; F/T=30,7%. МРТ – PI-RADS IV
- Биопсия простаты: картина железистой гиперплазии с очагами атрофии желез
- Тактика лечения: активное наблюдение



Клинический пример

- Пациент Г.В.М., 1958 г.р.
- Трансуретральная лазерная энуклеация простаты 04.2016г. ПСА=2,31 нг/мл
- При гистологическом исследовании удаленной ткани простаты получено подтверждение рака предстательной железы – рост аденокарциномы Глисон 6(3+3).
- Биопсия простаты: фокус аденокарциномы Глисон 6 (3+3), в 1 из 16 биоптатах.
- Диагноз: Рак предстательной железы cT1aN0M0
- Тактика лечения: активное наблюдение
- В сентябре 2017г. ПСА=0,3 нг/мл;



Клинический пример

- Пациент Б.В.Д., 1950 г.р.
- Рост ПСА до 8,1 нг/мл, $f/t=13\%$, $\phi_i>52\%$.
- Биопсия простаты: в 1 биоптате из правой доли – аденокарцинома Глисон 9(5+4) с перинеуральной инвазией, слева в 1-м биоптате Глисон 6 (3+3).
- МРТ органов малого таза – МР-картина рака предстательной железы T2a (PI-RADS V дорзальные отделы правой доли до 14 мм);
- Диагноз: Рак предстательной железы cT2aN0M0
- Тактика лечения: радикальная простатэктомия, расширенная лимфаденэктомия.



Клинический пример

- Пациент Б.В.Д., 1950 г.р.



РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ (EAU 2017) ПРОСТАТЭКТОМИЯ

Пример гистологического заключения по материалу
простатэктомии

Гистопатологический тип:

Тип карциномы, например - обычный ацинарный или протоковый

Градация опухоли:

Первичный (преобладающий) уровень Gleason

Вторичный уровень Gleason

Степень третичного компонента (если применимо)

Оценка уровня Глисона по ISUP 2014

Процент Gleason 4 или 5

Измерение опухоли (необязательно)

Процент вовлеченной ткани простаты

Размер / объем доминирующего опухолевого узла

Патологическое стадирование (pTNM)

РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ (EAU 2017) ПРОСТАТЭКТОМИЯ

Если имеется экстрапростатический рост:

Указать, является ли он фокальным или протяженным;

Указать место выхода;

Указать, есть ли инвазия семенных пузырьков.

Региональные лимфатические узлы:

Место их нахождения;

Количество удаленных узлов;

Количество пораженных узлов.

Хирургические края. В случае положительного хирургического края: указать локализацию.

Другое:

Наличие лимфоваскулярной /сосудистой инвазии

Локализация преобладающей опухоли

Наличие внутрипротоковой карциномы / криброзного компонента



Клинический пример

Пациент Б.В.Д., 1950 г.р.

- Рост ПСА до 8,1 нг/мл, $f/t=13\%$, $\rho\text{hi}>52\%$.
- Биопсия простаты: в 1 биоптате из правой доли – аденокарцинома Глисон 9(5+4) с перинеуральной инвазией, слева в 1-м биоптате Глисон 6 (3+3).
- Диагноз: Рак предстательной железы cT2aN0M0
- 06.2017 – лапароскопическая простатэктомия, расширенная лимфаденэктомия.



Клинический пример

Пациент Б.В.Д., 1950 г.р.

- *Гистологическое заключение* – ацинарная аденокарцинома, сумма Глисона 8 (5+3), которая занимает около 20% железы, локализуется в периферической зоне с двух сторон, больше справа в дистальном отделе. Интра - и перинеуральная инвазия, комедо-некрозы. Экстраорганный распространение и прорастание в семенные пузырьки справа. Края резекции интактны. В 16 л/у, которые были выделены из отдельно присланной жировой клетчатки, опухоли не обнаружено. Вне опухоли в ткани железы доброкачественная гиперплазия, хронический простатит.



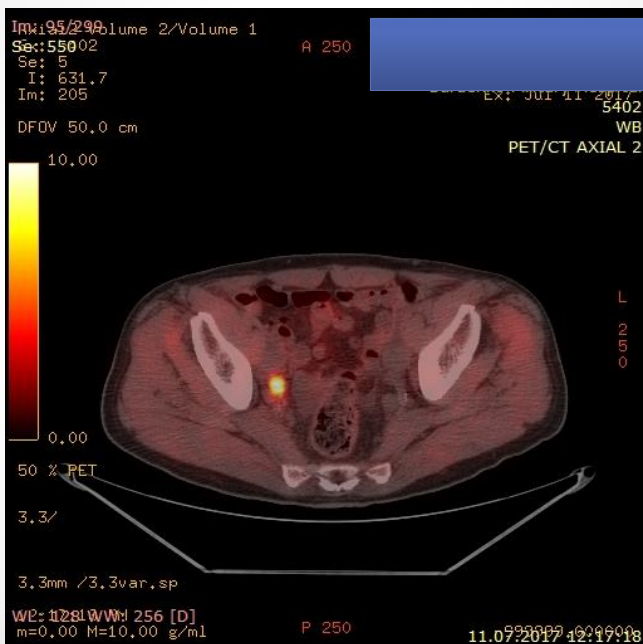
Клинический пример

Пациент Б.В.Д., 1950 г.р.

- Диагноз: Рак предстательной железы pT3bpN0(0/16)M0
- ПСА(07.17г.) – 2,58 нг/мл. ПЭТ КТ с холином(07.17г.) – наличие активной ткани в правом внутреннем подвздошном л/у 13x10. Начата гормонотерапия аналогами ЛГ-РГ.
- ПЭТ КТ с Ga-PSMA(08.17г.) - справа по ходу подвздошных сосудов 2 л/у общими размерами 13x8 мм с патологическим накоплением РФП.
- Тактика лечения: удаление олигометастазов в области запирающей ямки справа



Пациент Б.В.Д., 1950 г.р.





Клинический пример

Пациент Б.В.Д., 1950 г.р.

- Гистологическое заключение – жировая и соединительная ткань с двумя лимфоузлами обычного строения. Опухоли не обнаружено.
- Тактика лечения: продолжить гормонотерапию до 6 мес. лечения с последующим контролем ПСА, ПЭТ КТ.



Клинический пример

- Пациент Т.И.Н., 1949 г.р.
- Рост ПСА до 6,9 нг/мл.
- Биопсия простаты: в 1 биоптате из правой доли – аденокарцинома Глисон 6(3+3) с периневральной инвазией, слева в 1-м биоптате Глисон 6 (3+3).
- Проведено: 09.02.17г. лапароскопическая простатэктомия.
- Постоперационная гистология: аденокарцинома Глисон 6(3+3) без признаков прорастания капсулы (в пределах исследованных участков). Хирургические края интактны. Диагноз: pT2pN0(0/6)M0.
- ПСА от 26.05.17г. – 1,0 нг/мл.



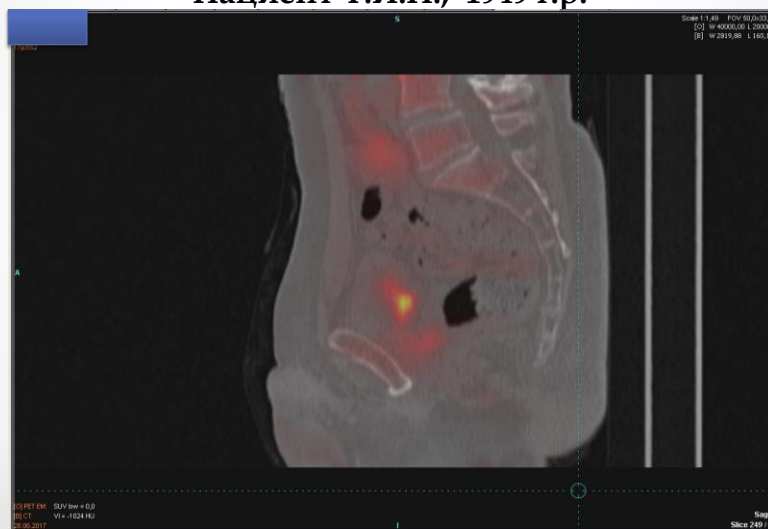
Клинический пример

- Пациент Т.И.Н., 1949 г.р.
- По данным УЗИ, МРТ в ложе удаленной простаты образование 12 см куб.
- ПЭТ КТ с холином(28.06.17) – наличие активной опухолевой ткани в центральных и правых отделах мягкотканного образования в ложе удаленной простаты.
- Гистологическое подтверждение(биопсия) – ацинарная аденокарцинома Глисон 6(3+3).
- Тактика лечения: дистанционная лучевая терапия до СОД=74 Гр



Клинический пример

Пациент Т.И.Н., 1949 г.р.







Клинический пример

- Пациент ЕСН 1955 г.р. По месту жительства в связи с интермиттирующей гематурией 17.01.2014г. проведена ТУР образования мочевого пузыря в области шейки. Гистологически – низкодифференцированный переходно-клеточный рак. Адьювантно проведено 3 цикла ПХТ по схеме гемзар/цисплатина. В связи с сохраняющейся инициальной гематурией повторно 03.06.2014г. проведена ТУР образования в области семенного бугорка (ворсинчатое образование с буллезным отеком без четких границ). Гистологически – ткань предстательной железы с комплексами низкодифференцированного переходно-клеточного рака.
- При пересмотре гистологических материалов ТУР в МРНЦ: протоковая карцинома предстательной железы, сумма Глисона 9(4+5).



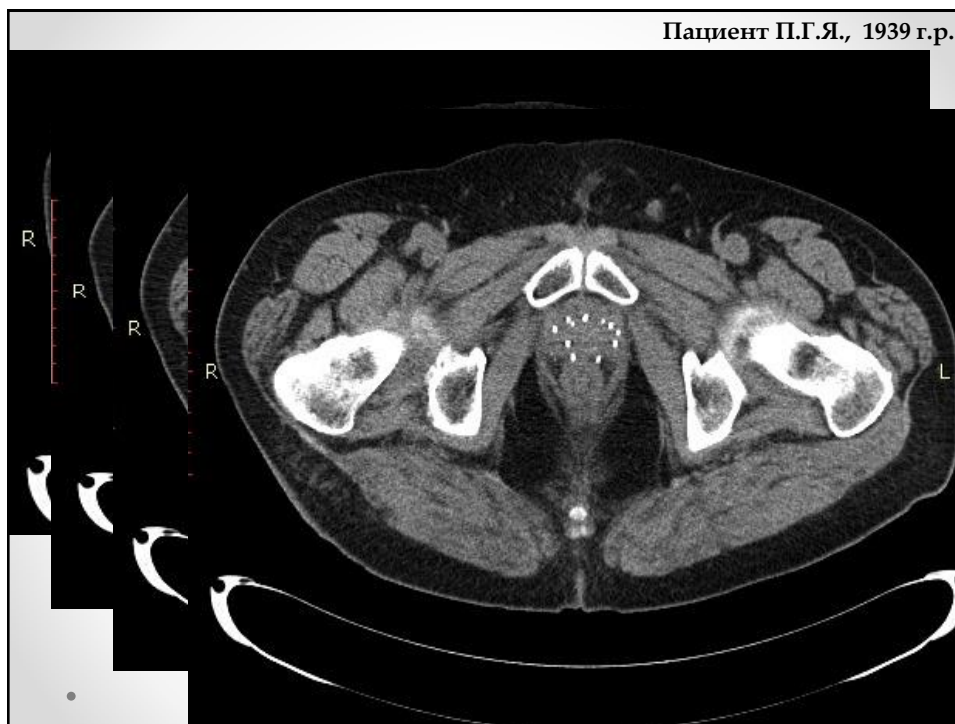
Клинический пример

- Проведена биопсия семенных пузырьков (МРНЦ): получено гистологическое подтверждение протокового рака предстательной железы.
- По данным МРТ малого таза (МРНЦ): состояние после оперативного вмешательства в области шейки мочевого пузыря и задней уретры. МР-картина рака предстательной железы Т3в(левые семенные пузырьки). Увеличенных л/у, изменений костных структур в зоне исследования не выявлено.
- Остеосцинтиграфия (МРНЦ): данных за специфический патологический процесс нет.
- ПСА общий – 8,26 нг/мл; свободный/общий – 44,3%.
- Пациенту установлен диагноз: Рак предстательной железы усТ3вNoMo.
- Тактика лечения: гормонотерапия по схеме МАБ, курс ДЛТ на область предстательной железы, семенных пузырьков, РОД=2Гр, до СОД=74Гр. С адьювантной гормонотерапией в течение 2 лет.
- ПСА 2017г/ - 0,38 нг/мл



Клинический пример

- Пациент П.Г.Я., 1939 г.р.
- 2001г.: ПСА = 64 нг/мл, Глисон 7 (3+4),
- Рак предстательной железы сТ3вNхMo
- В 2002г. двухсторонняя орхэктомия
- В 2011г. ДЛТ (СОД = 60 Гр). Гормонотерапия антиандрогенами.
- С 2013г. рост ПСА до 9,76 нг/мл, при обследовании данных за мтс не получено.
- Биопсия простаты: рост аденокарциномы с признаками лечебного патоморфоза
- Спасительная (сальважная) брахитерапия I-125 под контролем УЗ (06.02.2014г.) Объем простаты = 13,7 см³
- ПСА (август 2017г.) – 0,24 нг/мл. Дизурии нет, со стороны прямой кишки - без патологии.



**Закройте дверь перед всеми ошибками, и истина
не сможет войти.**

Рабиндранат Тагор

